

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-16-05 VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.		PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 16/02/2018
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: GOMEZ GOMEZ MARIANA			434315
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	1048822187
CORREO	null	CELULAR	null
PROCESO:	Ambulatorios		
SERVICIO:	Ambulatorios		
UNIDAD:	Chapinero		
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo
	A00		
BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA 0			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 2333-2026		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	
NUMERO DE CDP: 1	164	FECHA	22/01/2026
NUMERO DE CRP: 1	10802	FECHA	01/02/2026

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	03	2026		31	03	2026

TIPO SERVICIOS Asistencial RESERVA DE GLOSA 2% 0

VALOR MES 2,383,032 VALOR LETRAS

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCION DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	9,532,128
VALOR EJECUTADO:	4,766,064
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	2,383,032
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	4,766,064
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	50.00 %

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
9500788533	218,900	280,200	3	42,700	35,100	576,900
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Nathaly Puerto Bonilla

PUERTO BONILLA NATHALY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Mariana Gomez

GOMEZ GOMEZ MARIANA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50		
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 4		
			PÁGINA : 1 DE 1		
		FECHA: 07/11/2024			

ÁREA Y/O SERVICIO: AMBULATORIA CONSULTA EXTERNA ENFERMERIA					UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 2333-2026		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATHALY PUERTO BONILLA			1	04	2026	30	4	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIANA GOMEZ GOMEZ		DOCUMENTO: 1048822187						
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.								
TOTAL DE EJECUCIÓN (100%): _____								

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	Cumplir con los estandares de calidad según los manuales y protocolos establecidos de acuerdo a mi cargo
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Participacion de actividades de capacitación, visitas de ARL, diligenciamiento adecuado de formatos y atención al paciente de manera respetuosa
3. Participar activamente en la prestación de servicios a la población asignada en cada unidad, de acuerdo al Modelo de Atención en Salud.	se realiza seguimiento a pacientes de las distintas ciclos de vida se agenda citas según la resolución 3280/2018 en las distintas áreas como enfermería, medicina pyd.
4. Promocionar la demanda inducida a los diferentes servicios ofertados por la Subred Norte. la prestación del servicio a los pacientes..	Se realiza direccionamiento a los pacientes según la ruta de atención integral realizando seguimientos y re direccionamiento
5.Realizar aseo, limpieza y desinfección (de acuerdo al manual de bioseguridad) de los equipos y superficies que se encuentran en el servicio de consulta externa Atención en Salud y al convenio 0016- 2023.	se realiza desinfección en las áreas y consultorios se realiza desinfecciones rutinarias y desinfecciones terminales según los protocolos de desinfección
6.Realizar registro, seguimiento (llamadas a los usuarios), actualización y control de las bases de datos según ruta de atención y entrega de informes según necesidad del servicio - Apoyo y monitoreo RIAS.	se realiza seguimiento a pacientes según los diferentes servicios de salud para asignarle cita o verificar las no asistencias a las citas.
7. Realizar procedimientos acorde al perfil de auxiliar de enfermería, en los servicios que le sean asignados, incluyendo gastroenterología y cardiología. Externa.	N/A
8.Hacer el stock de insumos incluyendo roturación, verificar fechas de vencimiento, controles de temperatura y humedad (registro), control del inventario	Se realiza verificación de las fechas de vencimiento del quirutrin quiruger y supragel serevisa cada 12 horas para la decinfecion de los consultorios
9. Realizar custodia del registro manual de las historias clinicas con su respectivo registro y entrega al área de Gestión Documental.	serealiza diligensiamiento de formato de inventario documental con las historias clinicas del plan de contingencias realizado por cada uno de los profesionales
10.Brindar el cuidado y el inventario de los equipos que le sean asignados para la prestación de los servicios.	verificacion diario de los equipos biomedicos de los con sultorios a cargo
11Adherencia a los procesos establecidos por la Subre Norte (guías, manuales, protocolos, instructivos y demás).	se da cumplimiento a cada actividad dada por la subred norte para realizar con sus respectivas indicaciones.
12Adherencia a los procesos de habilitación y acreditación promovidos por la Subred. ,	Durante el periodo certificado se realizo adherencia a cada proceso solicitado desde habilitación y acreditación.
13Dar respuesta adecuada y oportuna, dentro de los términos establecidos por la ley, a las peticiones, quejas y reclamos	se darespuesta alos pacientes ayudandoles con las inquietudes que tienen los usuarios y ayudandoles agestionar las citas

14 Realizar el reporte eventos de importancia en Salud Pública, de acuerdo al Decreto No. 3518/2006 y según protocolos de vigilancia epidemiológica establecidos por el Instituto Nacional de Salud.	se da cumplimiento a cada actividad dada por la subred norte para realizar con sus respectivas indicaciones.
15, Notificar de manera adecuada y oportuna Incidentes, eventos adversos y complicaciones presentadas (acorde al manual de seguridad del paciente).	se realiza registro de los eventos adversos ,incidentes y complicación en la nota de enfermería del paciente al cual se ve afectado y se reporta con la jefe de la unidad.
16 Participar en las actividades programadas por la Subred, capacitaciones presenciales o virtuales con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.	Asistencia tecnica ruta Promocion y Mantenimiento, Fortaleciminto en el programa de la mujer y la salud.
17 Aplicar los atributos de la calidad en cada una de las actividades a desarrollar (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad)	se entrega seguimientos e informes y bases con (continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad, eficiencia, eficacia y efectividad).
18 Realizar toma de muestras de laboratorio clinico acorde a servicio habilitado en la sede , cumpliendo con los linemaientos institucionales.	se toma muestra de acuerdo ala orden medica
19, Apoyar en el desarrollo de la producccion de lo servicios , realizando demanda inducida desde las bases de las diferentes rutas de atencion integral.	Se realiza seguiminto telefonico y agendamiento a los pacientes que según la ruta lo requiera de PYD.
20, Brindar Trato humano, ético y cálido al cliente Interno y Externo de la Institución. eficacia y efectividad).	se trata al paciente con un trato digno con los valores éticos y del buen trato dando los buenos dias buenas tardes respondiendo de forma amable y cordial al paciente.
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR :M/CTE 2,383,032 \$ DOS MILLONES TRECENTOS OCHENTA Y TRES MIL TREINTA DOS PESOS M/CTE	
 MARIANA GOMEZ GOMEZ CC: 1048822187	Fecha : 30/04/2026  Firma de recibido supervisor: Nathaly Puerto Bonilla
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1048822187		GOMEZ GOMEZ MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 73 a sur # 18 n 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212232854	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	207927938	9502414595	I	2026/04/22	2026/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1048822187	GOMEZ MARIANA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS002	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1048822187		GOMEZ GOMEZ MARIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 73 a sur # 18 n 16	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212232854	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	207927938	9502414595	I	2026/04/22	2026/04/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$576,900	\$0	\$0	\$576,900	